

VU Research Portal

Leefstijlgeneeskunde: reddingsboei of los touw?

Seidell, Jaap C.; Halberstadt, Jutka

published in

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
2019

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

document license

Article 25fa Dutch Copyright Act

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Seidell, J. C., & Halberstadt, J. (2019). Leefstijlgeneeskunde: reddingsboei of los touw? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163(10), [D3600]. <https://www.ntvg.nl/artikelen/leefstijlgeneeskunde-reddingsboei-los-touw>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

Leefstijlgeneeskunde: reddingsboei of los touw?

Jaap C. Seidell en Jutka Halberstadt

Samenvatting

Veel chronische, niet-overdraagbare aandoeningen worden voor een belangrijk deel door een ongezonde leefstijl veroorzaakt. Een voorbeeld hiervan is diabetes mellitus type 2 (DM2). Leefstijlinterventies bij personen met een sterk verhoogd risico op DM2 laten zien dat dat risico aanzienlijk kan worden verminderd. De risicoreductie neemt wat af in de tijd, maar deze is nog aanwezig op de termijn van meer dan 10 jaar. Een betere volgzzaamheid van de interventie en een betere en langdurigere begeleiding hierbij leiden tot een grotere risicoreductie. Ook bij mensen die al DM2 hebben kan verandering van leefstijl gunstige effecten hebben: op de termijn van 1 jaar kan de aandoening bij een behoorlijk deel (12-46%) van de patiënten in remissie komen. Een mediterrane voedingspatroon, waarin geraffineerde, zetmeelrijke producten en suikerhoudende drank worden verminderd, lijkt de beste resultaten te bieden. Maar ook hier zijn de mate van therapietrouw en de kwaliteit van de begeleiding van doorslaggevend belang. Leefstijlgeneeskunde verdient serieuze aandacht in de klinische praktijk.

Veel chronische welvaartsziekten worden voor een groot deel veroorzaakt door een ongezonde leefstijl.¹ Van diabetes mellitus type 2 (DM2) is bijvoorbeeld berekend dat tot wel 91% van de nieuwe patiënten toe te schrijven is aan leefstijlfactoren.² De epidemioloog Geoffrey Rose toonde aan dat bij dit soort veelvoorkomende aandoeningen de combinatie van een 'hoogrisicostrategie' en een 'populatiestrategie' het grootste effect sorteert.³ Dat wil zeggen dat individuele begeleiding bij leefstijlverandering, bijvoorbeeld in de huisartsenpraktijk, en een algemene aanpak van de omgeving die ongezond gedrag stimuleert gezamenlijk de effectiefste bestrijdingen zijn van een ziekte als DM2.

In dit artikel zetten we de effecten van interventies gericht op een individuele begeleiding naar gezonder gedrag op een rijtje. We beperken ons daarbij tot gewichtsverlies op de lange termijn, preventie van DM2 en remissie van DM2.

Helpen leefstijlinterventies bij afvallen?

Gewichtsverlies is op de korte termijn doorgaans goed mogelijk. De grote uitdaging zit hem in het voorkómen van terugval op de lange termijn. Een recente meta-analyse liet zien dat bij leefstijlinterventies gericht op langdurig gewichtsverlies de gemiddelde gewichtstoename na initieel gewichtsverlies na 18 maanden ongeveer 2 kg minder was dan bij standaardzorg.⁴ Dit verschil nam geleidelijk af na een langere follow-up. Hoe intensiever de begeleiding, des te beter het gewichtsbehoud. Interventies waarin voeding en beweging werden gecombineerd waren effectiever dan die gericht op alleen voeding.⁵

Een recente studie in huisartsenpraktijken in het Verenigd Koninkrijk behaalde opmerkelijke resultaten met 12 wekelijkse sessies voor begeleiding bij gedragsverandering, gevolgd door 3 maandelijkse sessies, in combinatie met een laagcalorische maaltijdvervanger gedurende de eerste 8 weken (810 kcal/dag).⁶ Het gewichtsverlies na 1 jaar was bijna 11 kg in de interventiegroep versus 3 kg in de controlegroep. Bij ongeveer 45% van de deelnemers in de interventiegroep was het gewichtsverlies meer dan 10% van het oorspronkelijke lichaamsgewicht. In een soortgelijke studie bij mensen met DM2 in 49 Schotse huisartsenpraktijken hadden de deelnemers in de interventiegroep na 1 jaar gemiddeld 10 kg gewicht verloren versus 1 kg in de controlegroep.⁷

Opvallend bij deze beide interventies is dat ze begonnen met een periode met laagcalorische maaltijdvervangers, gericht op snel gewichtsverlies, die werd gevolgd door een langdurigere onderhoudsfase. Uit een meta-analyse bleek eerder dat een dergelijke aanpak geen slechtere resultaten oplevert dan interventies die zich richten op langzaam en gradueel gewichtsverlies.⁸

Begeleiding bij het voorkómen van terugval na een leefstijlinterventie is essentieel. In een meta-analyse van afvalprogramma's, waarin mensen gemiddeld circa 10 kg waren afgevallen, werd gevonden dat mensen in de eerste 12 maanden na afloop van het afvalprogramma circa 1,5 kg minder aankwamen wanneer er aandacht was voor gewichtsbehoud.⁹ De kwaliteit van het onderzoek laat echter te wensen over.

Het door leefstijlinterventies bereikte gewichtsverlies is ook relevant voor de levensverwachting. Een recente meta-analyse concludeerde dat interventies gericht op gewichtsverlies de totale mortaliteit met 18% verminderen.¹⁰

Kunnen leefstijlinterventies diabetes voorkomen?

Een meta-analyse onderzocht 43 leefstijlinterventies en interventies met medicatie bij mensen met een hoog risico op DM2. De 19 geïnccludeerde leefstijlinterventies leidden tot een reductie van het relatieve risico op DM2 met gemiddeld 39%.¹¹ Het aantal mensen bij wie een leefstijlinterventie plaats moet vinden om één geval van DM2 te voorkomen ('number needed to treat') was 25. Na een lange follow-upduur van gemiddeld 7,2 jaar na de leefstijlinterventie was de risicoreductie wat verminderd, maar het risico

was nog steeds 28% lager dan bij standaardzorg. De studies naar interventies met medicatie, zoals metformine, lieten geen risicoreductie op de lange termijn zien.

In de Finse 'Diabetes prevention study' was de number needed to treat slechts 5.¹² De leefstijlinterventie bleek gemiddeld 13 jaar na aanvang nog aanzienlijke bescherming te bieden. Het aantal deelnemers dat zo lang gevolgd kon worden was echter relatief klein.

Naast het verlagen van het risico op DM2, leiden leefstijlinterventies ook tot een verbetering van het cardiovasculaire risicoprofiel.¹³ Die verbetering geldt overigens ook voor mensen zonder verhoogd risico op DM2.

Gewichtsverlies bij mensen met overgewicht en glucose-intolerantie is een belangrijke factor bij het uitstellen of voorkómen van DM2.¹⁴ In een grootschalig en langdurig Spaans onderzoek (PREDIMED) verlaagde een mediterraan dieet aangevuld met walnoten of olijfolie echter het risico op DM2 met meer dan de helft ten opzichte van een vetbeperkt dieet, zonder dat er sprake was van gewichtsverlies.¹⁵

Kunnen leefstijlinterventies diabetes genezen?

In Schotland en de VS komt bij circa 0,1% van de mensen met DM2 de aandoening in remissie als gevolg van standaardzorg.¹⁶ Remissie wil zeggen dat de bloedsuikerwaarde voor minstens een periode van 1 jaar genormaliseerd is, zonder dat daar medicatie voor nodig is.

In het eerder genoemde Schotse onderzoek was bij 46% van de patiënten met DM2 de aandoening na 1 jaar in remissie.⁷ Dit percentage hing sterk samen met het gewichtsverlies: bij geen van de patiënten die aankwamen was de aandoening in remissie en er was sprake van remissie bij 86% van de mensen die meer dan 15 kg gewicht verloren. Bij 4% van de mensen die een standaardbehandeling (medicatie, educatie en algemene leefstijladviezen) kregen was er sprake van remissie.

In een groot Amerikaans onderzoek hadden leefstijlinterventies bij 12% van de deelnemers tot gevolg dat DM2 na 1 jaar geheel of gedeeltelijk in remissie kwam; na 4 jaar was dit nog bij 7% van de deelnemers het geval.¹⁷ In de controlegroep was de ziekte bij 2% van de deelnemers na 1 en na 4 jaar in remissie. Er was niet minder sterfte door hart- en vaatziekten in de interventiegroep dan in de controlegroep.

In een Italiaans onderzoek leidde een mediterraan, koolhydraatbeperkt dieet na 1 jaar bij ongeveer 15% van de patiënten met DM2 tot gehele of gedeeltelijke remissie; na 6 jaar was dat nog bij 5% van de deelnemers het geval.¹⁸ Bij 10% van de patiënten die het mediterrane dieet volgden was de ziekte voor ten minstens 3 jaar in remissie (vs. bij 2% van de deelnemers in de controlegroep). In de controlegroep, waarin deelnemers een vetbeperkt dieet kregen, was slechts bij 4% sprake van remissie na 1 jaar, en na 5 jaar was bij geen van de deelnemers de ziekte nog in remissie. Behandeling met diabetesmedicatie was bij de patiënten die het mediterrane dieet volgden gemiddeld pas 2 jaar later nodig dan bij de patiënten in de controlegroep. Over het algemeen is de conclusie dat een mediterraan voedingspatroon een effectief onderdeel kan zijn bij de behandeling van patiënten met DM2.¹⁹ Naast het mediterrane dieet wordt ook beperking van de inname van geraffineerde, zetmeelrijke producten en suikerhoudende drank aanbevolen.²⁰ De optimale mate van koolhydraatrestrictie op de lange termijn is nog onduidelijk maar er is in toenemende mate wetenschappelijk bewijs dat een ketogeen dieet effectief is voor de remissie van DM2 op de korte termijn.²¹ In hoeverre deze resultaten vertaalbaar zijn naar de Nederlandse situatie is onduidelijk.

Collectieve preventie

Naast de individuele aandacht voor leefstijl bij patiënten met DM2 of een hoog risico daarop is er ook aandacht nodig voor collectieve preventie van chronische aandoeningen ten gevolge van een ongezonde leefstijl. Dit vergt een systeemaanpak: een wijkgerichte aanpak in verschillende sectoren met een aansluitend landelijk beleid dat gericht is op het stimuleren van gezonde keuzes en op het ontmoedigen van ongezonde keuzes.²² Verbinding tussen preventie en zorg is daarbij een apart aandachtspunt, zoals ook bepleit is in het onlangs gesloten Nationaal Preventieakkoord. Of zo'n aanpak op de lange termijn effectief is in het voorkómen van chronische welvaartsziekten is nog grotendeels onbekend. De effectiviteit van een systeemaanpak is lastig te onderzoeken met een dubbelblinde RCT.²³

Conclusie

Diabetes mellitus type 2 (DM2) is op de korte termijn bij een deel van de mensen te voorkomen of uit te stellen door een leefstijlinterventie. Bij een deel van de mensen die al DM2 hebben kan een leefstijlinterventie in ieder geval tijdelijk leiden tot remissie. Die gunstige effecten nemen doorgaans af met de tijd. Of dat komt doordat mensen terugvallen in hun oude gewoonten of doordat de effectiviteit van een leefstijlinterventie geleidelijk afneemt, is niet bekend. Wel is het duidelijk dat intensieve en langdurige begeleiding bij leefstijlverandering op het gebied van voeding én beweging nodig is om de kans op blijvende

gezondheidswinst zo groot mogelijk te maken. Aandacht voor terugvalpreventie is ook aantoonbaar nuttig. Een integrale aanpak waarin zorg en collectieve preventie goed op elkaar aansluiten lijkt de kansrijkste route naar een gezondere samenleving.

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D3600
- Vrije Universiteit, Amsterdam: prof.dr.ir. J.C. Seidell, voedingskundige; dr. J. Halberstadt, psycholoog.
- Contact: J.C. Seidell (j.c.seidell@vu.nl)
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: er zijn mogelijke belangen gemeld bij dit artikel. ICMJE-formulieren met de belangenverklaring van de auteurs zijn online beschikbaar bij dit artikel.
- Aanvaard op 9 januari 2019
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:D3600

Literatuur

1. Nugent R, Bertram MY, Jan S, et al. Investing in non-communicable disease prevention and management to advance the sustainable development goals. *Lancet*. 2018;391:2029-35. [doi:10.1016/S0140-6736\(18\)30667-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30667-6). [Medline](#)
2. Hu FB, Manson JE, Stampfer MJ, et al. Diet, lifestyle, and the risk of type 2 diabetes mellitus in women. *N Engl J Med*. 2001;345:790-7. [doi:10.1056/NEJMoa010492](https://doi.org/10.1056/NEJMoa010492). [Medline](#)
3. Rose G. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol*. 1985;14:32-8. [doi:10.1093/ije/14.1.32](https://doi.org/10.1093/ije/14.1.32). [Medline](#)
4. Dombrowski SU, Knittle K, Avenell A, Araújo-Soares V, Snihotta FF. Long term maintenance of weight loss with non-surgical interventions in obese adults: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials. *BMJ*. 2014;348:g2646. [doi:10.1136/bmj.g2646](https://doi.org/10.1136/bmj.g2646). [Medline](#)
5. Johns DJ, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P; Behavioural Weight Management Review Group. Diet or exercise interventions vs combined behavioral weight management programs: a systematic review and meta-analysis of direct comparisons. *J Acad Nutr Diet*. 2014;114:1557-68. [doi:10.1016/j.jand.2014.07.005](https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.07.005). [Medline](#)
6. Astbury NM, Aveyard P, Nickless A, et al. Doctor referral of overweight people to low energy total diet replacement treatment (DROPLET): pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*. 2018;362:k3760. [doi:10.1136/bmj.k3760](https://doi.org/10.1136/bmj.k3760). [Medline](#)
7. Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial. *Lancet*. 2018;391:541-51. [doi:10.1016/S0140-6736\(17\)33102-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33102-1). [Medline](#)
8. Barte JCM, ter Bogt NCW, Bogers RP, et al. Maintenance of weight loss after lifestyle interventions for overweight and obesity, a systematic review. *Obes Rev*. 2010;11:899-906. [doi:10.1111/j.1467-789X.2010.00740.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2010.00740.x). [Medline](#)
9. Middleton KM, Patidar SM, Perri MG. The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: a systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2012;13:509-17. [doi:10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-789X.2011.00972.x). [Medline](#)
10. Ma C, Avenell A, Bolland M, et al. Effects of weight loss interventions for adults who are obese on mortality, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2017;359:j4849. [doi:10.1136/bmj.j4849](https://doi.org/10.1136/bmj.j4849). [Medline](#)
11. Haw JS, Galaviz KI, Straus AN, et al. Long-term sustainability of diabetes prevention approaches: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Intern Med*. 2017;177:1808-17. [doi:10.1001/jamainternmed.2017.6040](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.6040). [Medline](#)
12. Lindström J, Peltonen M, Eriksson JG, et al; Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish diabetes prevention study (DPS). *Diabetologia*. 2013;56:284-93. [doi:10.1007/s00125-012-2752-5](https://doi.org/10.1007/s00125-012-2752-5). [Medline](#)
13. Zhang X, Devlin HM, Smith B, et al. Effect of lifestyle interventions on cardiovascular risk factors among adults without impaired glucose tolerance or diabetes: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12:e0176436. [doi:10.1371/journal.pone.0176436](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0176436). [Medline](#)
14. Galaviz KI, Weber MB, Straus A, Haw JS, Narayan KMV, Ali MK. Global diabetes prevention interventions: a systematic review and network meta-analysis of the real-world impact on incidence, weight, and glucose. *Diabetes Care*. 2018;41:1526-34. [doi:10.2337/dc17-2222](https://doi.org/10.2337/dc17-2222). [Medline](#)
15. Salas-Salvadó J, Bulló M, Babio N, et al; PREDIMED Study Investigators. Erratum. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with the Mediterranean diet: results of the PREDIMED-Reus nutrition intervention randomized trial. *Diabetes Care*. 2011;34:14-19. *Diabetes Care*. 2018;41:2259-60. [doi:10.2337/dc18-er10](https://doi.org/10.2337/dc18-er10). [Medline](#)
16. Gregg EW, Chen H, Wagenknecht LE, et al. Association of an intensive lifestyle intervention with remission of type 2 diabetes. *JAMA*. 2012;308:2489-96. [doi:10.1001/jama.2012.67929](https://doi.org/10.1001/jama.2012.67929). [Medline](#)
17. Axelsen M, Jansson L, Svanqvist L. Effect of intensive weight loss programs on diabetes remission in newly diagnosed patients with type 2 diabetes: a systematic review. *J Clin Nutr Diet*. 2018;4:5. [doi:10.4172/2472-1921.100067](https://doi.org/10.4172/2472-1921.100067)
18. Esposito K, Maiorino MI, Bellastella G, Chiodini P, Panagiotakos D, Giugliano D. A journey into a Mediterranean diet and type 2

- diabetes: a systematic review with meta-analyses. *BMJ Open*. 2015;5:e008222. [doi:10.1136/bmjopen-2015-008222](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008222). [Medline](#)
19. Esposito K, Maiorino MI, Petrizzo M, Bellastella G, Giugliano D. The effects of a Mediterranean diet on the need for diabetes drugs and remission of newly diagnosed type 2 diabetes: follow-up of a randomized trial. *Diabetes Care*. 2014;37:1824-30. [doi:10.2337/dc13-2899](https://doi.org/10.2337/dc13-2899). [Medline](#)
 20. Forouhi NG, Misra A, Mohan V, Taylor R, Yancy W. Dietary and nutritional approaches for prevention and management of type 2 diabetes. *BMJ*. 2018;361:k2234. [doi:10.1136/bmj.k2234](https://doi.org/10.1136/bmj.k2234). [Medline](#)
 21. Abbasi J. Interest in the ketogenic diet grows for weight loss and type 2 diabetes. *JAMA*. 2018;319:215-7. [doi:10.1001/jama.2017.20639](https://doi.org/10.1001/jama.2017.20639). [Medline](#)
 22. Seidell JC, Halberstadt J. The global burden of obesity and the challenges of prevention. *Ann Nutr Metab*. 2015;66(Suppl 2):7-12. [doi:10.1159/000375143](https://doi.org/10.1159/000375143). [Medline](#)
 23. Van Koperen TM, Wirix AJG, Renders CM, et al. Aanbevelingen voor de evaluatie van de integrale wijkgerichte aanpak van overgewicht. *Tijdschr Gezondheidswet*. 2017;95:326-34. [doi:10.1007/s12508-017-0094-x](https://doi.org/10.1007/s12508-017-0094-x).